

# 広汎性発達障害と注意欠陥/多動性障害併存例の行動特性

## —CBCLを中心とした検討—

臨床心理学科教授 佐藤 益子

佛教大学大学院教育学研究科 臨床心理学専攻 修士課程 田口 佳代子

### 抄 録

広汎性発達障害（以下PDDと略す）は、国際的診断基準であるICD-10およびDSM-IVのいずれも、不注意、多動・衝動性が併存し注意欠陥/多動性障害（以下ADHDと略す）の診断基準を満たしているにもかかわらずADHD名は併記しないとの除外規定がある。しかしながら本検討においても、高機能広汎性発達障害（以下HFPDDと略す）の63.0%、PDDの61.5%がADHDを併存していた。さらにCBCL行動尺度

を用いて、攻撃的行動尺度および注意の問題尺度によりADHD・HFPDD併存群のADHDを81.3%に判別し得る行動特性を有していることが明らかにされた。本検討より、臨床現場の混乱を回避し、子どもに不利益とならないよう除外規定を見直す必要性を提唱した。

キーワード：広汎性発達障害、注意欠陥/多動性障害、DSM-IV、重複診断

## I はじめに

2005年4月より、発達障害者支援法が施行され、2007年4月より特別支援教育が実施される。聴覚・知的障害、肢体不自由、病弱虚弱の障害だけでなく、LD、ADHD、高機能自閉症などの軽度発達障害を含めて障害のある児童生徒の自立や社会参加に向けて、その一人一人の教育的ニーズに応じて適切な教育的支援を行う「特別支援教育」への転換が図られる。

一方、国際的な診断分類であるDSM-IVおよびICD-10ではいずれもPDDとADHDの併記を認めず、両障害の診断基準を同時に満たす場合はPDDのみと診断される。発達障害に分類されていないADHDも2005年4月施行の「発達障害者支援法」の第2条第1項において「発達障害」の定義について、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥/多動性障害その他これに類する脳機能の障

害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう」とされた<sup>1)</sup>。

このような経緯より、臨床現場ではこれらの診断に用いられるDSM-IVの除外規定である軽度発達障害の重複診断について、混乱が指摘されている<sup>2) 3)</sup>。本研究では軽度発達障害の重複診断の実態を明らかにし、併存例の行動特性よりその妥当性について統計的に実証し、より適切な治療・対応に資することを目的とした。

## II 研究対象および方法

平成18年9-11月に、全国の軽度発達障害親の会に向け、eメールにて調査の趣旨を説明した文書を送り、同意の得られた7団体および承諾書の得られた1医療機関に175例の調査用紙を配布した。回収された126例（回収率71.4%）より記入漏れ等を除いた122例を分析の対象と

表1 発達障害の単独および併存の実態

医療機関による診断数		親回答によるDSM-IV基準 ADHD診断数 (%)
ADHD単独診断群	23	21 (91.3)
HFPDD単独診断群	46	29 (63.0)
HFPDD併存診断群	9	9 (100.0)
PDD単独診断群	26	16 (61.5)
PDD併存診断群	5	5 (100.0)
LD単独診断群	8	3 (37.5)
LD併存診断群	5	5 (100.0)

した。医師の診断名による内訳は、表1のとおり、ADHD単独診断群23例、HFPDD単独診断群46例、HFPDD併存診断群9例、PDD単独診断群26例、PDD併存診断群5例、学習障害単独診断群（以下LDと略す）8例、LD併存診断群5例であった。対象年齢・性は、男子106名（平均年齢 $11.4 \pm 3.2$ 歳）、女子16名（平均年齢 $10.6 \pm 2.7$ 歳）であった。

調査用紙は次の質問紙A、質問紙Bの2部構成からなるものを使用した。

質問紙A：対象者が医師の診断名に関わらずADHD特徴およびHFPDD特徴がどの程度見られるかを把握するため、表2に示す2種類のチェック項目を使用した。前者はADHD症状であり、国際診断基準であるDSM-IV、ICD-10を参考に18個のチェック項目を抜粋し、回答者にわかりやすいよう、いくつかの項目については表現を改めた。18項目のうち9項目は不注意型、5項目は多動型、4項目は衝動型に関する項目であった。後者はHFPDDに特徴的な行動であり、小枝によるADHDの鑑別に有用な8項目であった<sup>4)</sup>。いずれも現在または過去6ヶ月間の子どもの状態で当てはまる項目を保護者に記入を求めた。

質問紙B：対象者の行動特性を把握するためChild Behavior Checklist/4-18日本版<sup>5)</sup>（以下CBCLと略す）を使用した。質問紙の冒頭に医

療機関における診断名、生年月日、初語・独歩の時期を記入する欄を設けた。項目数は合計118項目であり、次の8つの行動尺度すなわち、Ⅰひきこもり行動、Ⅱ身体的訴え行動、Ⅲ不安／抑うつ行動、Ⅳ社会性の問題行動、Ⅴ思考の問題行動、Ⅵ注意の問題行動、Ⅶ非行的行動、Ⅷ攻撃的行動から構成されている。回答は保護者に3段階の評定を求めた。質問紙BのCBCL得点をⅠ～Ⅷの行動尺度ごとに算出し、T得点に換算した。このT得点を以下行動尺度得点とした。

軽度発達障害単独診断群のCBCLによる行動特徴を把握するため、被験者は医療機関による診断にもとづくADHD単独診断群、HFPDD単独診断群、PDD単独診断群、LD単独診断群の4群とした。各群においてCBCLの8つの行動尺度得点の平均値を算出し、分散分析および多重比較（Tukey法）により尺度ごとの群間比較を行った。

次に各被験者別に質問紙AのADHD診断項目およびHFPDD項目の合計をそれぞれ算出し、ADHD得点、HFPDD得点とし、両得点についてピアソンの積率相関係数を求め、ADHDとHFPDDの相関を確認した。CBCL行動尺度とのADHD得点の関連性については、新たに被験者を医師による診断に加え、親回答によるADHD症状より基準を満たしたADHD、

表2 質問紙A：2種類のチェック項目

I 国際診断基準によるADHD症状チェック項目	
1.	学業やその他の活動において細やかに注意できないこと、または不注意な間違いが多い。
2.	課題または遊びの活動で注意を集中し続けることが困難である。
3.	自分に言われたことを聞いていないように見えることが多い。
4.	しばしば指示に従えず、学業、用事などをやり遂げることができない（反抗的な行動または指示を理解できないためではない）。
5.	課題や活動を順序だてることがしばしば困難である。
6.	宿題のように精神的な集中力を必要とする課題をしばしば避けたり、ひどく嫌う。
7.	学校の宿題・鉛筆・おもちゃ・道具など勉強や活動に必要な特定のものをなくすことが多い。
8.	外からの刺激によって簡単に気が散ってしまうことが多い。
9.	日々の活動で物忘れをしがちである。
10.	しばしば手足をそわそわと動かす、またはいすの上でもじもじする。
11.	教室や座っていることを要求される状況で席を離れることが多い。
12.	おとなしくしているべき状況で余計に走り回ったり高いところへ上ったりする。
13.	遊んでいて過度に騒々しかったり、レジャー活動に参加できないことが多い。
14.	しばしばじっとしていない、まるでエンジンで動かされるように行動する。
15.	不適切なほどにしゃべりすぎるが多い。
16.	質問が終わる前に出し抜けて答え始めてしまうことが多い。
17.	しばしば順番を待つことが困難である。
18.	しばしば他人を妨害し邪魔をする（例：会話やゲームに干渉する）。
II 小枝によるHFPDDに特徴的な行動チェック項目	
1.	友達のそばにはいるが、一人で遊んでいる。
2.	いろいろなことを話す、そのときの状況や相手の感情、立場を理解しない。
3.	共感を得ることが難しい。
4.	含みのある言葉の本当の意味が分からず、表面的に言葉通りに受けとめてしまうことがある。
5.	会話の仕方が形式的であり、抑揚なく話したり、間合いが取れなかったりすることがある。
6.	他の子どもは興味のないようなことに興味があり「自分だけの知識世界」を持っている。
7.	とても得意なことがある一方で、極端に苦手なものがある。
8.	自分なりの独特な日課や手順があり、変化や変更を嫌う。

HFPDD、PDDの単独群およびADHD・HFPDD、ADHD・PDD併存群として検討した。ADHD得点に関連するCBCLの8つの行動尺度特性を重回帰分析により検討し、併存群の行動特性を判別分析により明らかにした。分析は全てSPSS14.0Jを用いて行った。

### III 結果

#### 1 軽度発達障害の単独診断群および併存診断群の実態

表1に示すとおり医療機関において単独の診断を受けたADHD単独診断群23例中21例(91.3%)、HFPDD単独診断群46例中29例(63.0%)、PDD単独診断群26例中16例(61.5%)、LD単独診断群8例中3例(37.5%)が親回答によるとADHDであった。

#### 2 軽度発達障害単独診断群のCBCL行動尺度得点の群間比較

軽度発達障害のADHD、HFPDD、PDD、LD各単独診断群のCBCL行動尺度得点の群間比較は表3のとおりである。Tukey法による多重比較の結果、群間に有意差があった尺度は、I ひきこもり：ADHD<HFPDD ( $p<0.02$ )、II 身体的訴え：PDD<LD ( $p<0.04$ )、III 思考の問題：ADHD<HFPDD ( $p<0.04$ )、Ⅳ 攻撃的行動：ADHD>PDD ( $p<0.01$ )であった。すなわち、ADHD単独診断群においてもHFPDD特性であるひきこもり、思考の問題を併存しているが、尺度得点には有意差を認めた。一方、ADHD特性である攻撃的行動は、PDD単独診断群においても併存しているが、尺度得点には有意にADHD単独診断群が高かった。

表3 医療機関による単独診断群のCBCL行動尺度得点群間比較

		ADHD	HFPDD	PDD	LD	F値	p
	N	23	46	26	13		
Ⅰ ひきこもり	平均	55.9	62.5	61.5	60.3	2.92	0.02**
	SD	5.6	9.4	8.4	7.3		
Ⅱ 身体的訴え	平均	58.8	56.5	54.1	62.6	2.55	0.04**
	SD	8.4	8.4	8.1	9.7		
Ⅲ 不安／抑うつ	平均	60.6	61.1	59.7	64.6	0.86	0.49
	SD	6.7	10.4	7.0	8.2		
Ⅳ 社会性の問題	平均	64.7	68.5	65.6	68.6	1.52	0.20
	SD	9.2	8.4	7.5	10.2		
Ⅴ 思考の問題	平均	55.4	62.4	61.7	56.5	2.62	0.04**
	SD	7.5	10.6	11.3	9.4		
Ⅵ 注意の問題	平均	64.0	66.1	66.7	65.4	0.89	0.47
	SD	7.9	6.9	8.3	8.7		
Ⅶ 非行的行動	平均	63.4	59.1	56.9	63.2	2.38	0.06
	SD	8.4	7.9	7.4	12.9		
Ⅷ 攻撃的行動	平均	65.6	59.3	58.0	60.4	3.46	0.01**
	SD	11.1	8.5	7.5	14.8		

\*\* p < 0.05

3 ADHD単独群および併存群におけるADHD得点に関連するCBCL 尺度分析

医療機関における単独診断群あるいは併存診断群の実態より、単独診断を受けていても実際にはADHDの併存が見られる例が多いことが明らかにされた（表1）。したがって医師の診断に加え親回答によるADHD得点が基準を満たす群を新たにADHD単独群（21例）、HFPDD単独群（46例）、PDD単独群（26例）、ADHD・HFPDD併存群（38例）、ADHD・PDD併存群（21例）とした。なお、LD単独・併存診断群は少数であったため、以下の検討より除外した。

分析に当たり、ADHD得点の下位尺度を含め、HFPDD得点とは相関が低いため（表4）、以下ADHD、HFPDD、PDD単独群および併存群について、ADHD得点に関連するCBCLの8つの行動尺度特性を重回帰分析により検討し、併存群の行動特性を判別分析により明らかにした。

1）ADHD単独群におけるADHD得点に関連するCBCL 尺度分析

医療機関でADHD単独診断を受けた23例のうち親回答によるADHD基準を満たす 21例をADHD単独群とし、ADHD 単独におけるCBCL との関連性を重回帰分析により検討した。結果は表5の通りADHD単独群ではCBCL 行動尺度のうちⅥ 注意の問題（ $p<0.0001$ ）およびⅢ不安／抑うつ（ $p<0.01$ ）の2尺度が有意に関連した。

2）ADHD・HFPDD併存群におけるADHD得点に関連するCBCL尺度分析

医療機関でHFPDD単独診断を受けた46例のうち親回答によるADHD基準を満たす 29例をHFPDD 併存診断群 9 例に加えた38例をADHD・HFPDD併存群とした。ADHD・HFPDD 併存群ではADHD得点に関連するCBCL 行動尺度のうち、Ⅷ 攻撃的行動（ $p<0.004$ ）およびⅥ 注意の問題（ $p<0.05$ ）が有意に関連することが明らかにされた（表6）。

表4 ADHD得点-HFPDD得点の相関

	不注意型	多動衝動型	ADHD	HFPDD
不注意型	1.000			
多動衝動型	0.481***	1.000		
ADHD	0.878***	0.842***	1.000	
HFPDD	0.123	0.052	0.104	1.00

\*\*\*相関係数は1%水準で有意

表5 ADHD単独群におけるCBCL尺度の影響

	標準偏回帰係数 ( $\beta$ )	偏相関係数 ( $\gamma$ )	有意確率	VIF
VI 注意の問題	0.84	0.72	0.000***	1.403
III 不安抑うつ	-0.59	-0.59	0.007***	1.403
重相関係数 (R)	0.72			
決定係数 (R <sup>2</sup> 乗)	0.52			

N=21、従属変数：ADHD得点 \*\*\* p<0.01

表6 ADHD・HFPDD併存群におけるCBCL尺度の影響

	標準偏回帰係数 ( $\beta$ )	偏相関係数 ( $\gamma$ )	有意確率	VIF
VIII 攻撃的行動	0.45	0.46	0.004**	1.229
VI 注意の問題	0.30	0.33	0.045**	1.229
重相関係数 (R)	0.65			
決定係数 (R <sup>2</sup> 乗)	0.42			

N=38、従属変数：ADHD得点 \*\* p<0.05

### 3) ADHD・PDD併存群におけるADHD得点に関連するCBCL尺度分析

医療機関でPDD単独診断を受けた26例のうち親回答によるADHD基準を満たす16例をPDD併存診断群5例に加えた21例をADHD・PDD併存群とした。ADHD・PDD併存群ではADHD得点に関連するCBCL行動尺度のうち、Ⅶ 非行的行動 (p<0.04) が有意に関連した (表7)。

### 4 CBCL行動尺度によるADHD・HFPDD併存群およびADHD・PDD併存群の判別分析

#### 1) ADHD・HFPDD併存群の判別

ADHD・HFPDD併存群における重回帰分析により得られたADHDに影響のあるCBCLの行動

尺度Ⅶ 攻撃的行動 (p<0.004) およびⅥ 注意の問題 (p<0.05) を用いた判別結果は表8-1, 8-2のとおり全体の判別の中率が78.9%であった。すなわちADHDと予測した16例のうち13例がADHDと判別され (81.3%)、HFPDDと予測した22例のうち17例がHFPDDと判別された (77.3%)。

#### 2) ADHD・PDD併存群の判別

ADHD・PDDを判別する尺度はⅦ 非行的行動であり、すなわちADHDと予測した9例のうち7例がADHDと判別され (77.8%)、PDDと予測した12例のうち8例がPDDと判別された (66.7%)。全体の判別の中率は表9-1, 9-2のとおり71.4%とやや低かった。

以上の検討により医療機関の診断による

表 7 ADHD・PDD併存群におけるCBCL尺度の影響

	回帰係数 (β)	偏相関係数 (γ)	有意確率
VII 非行的行動	0.45	0.45	0.040**
重相関係数 (R)	0.45		
決定係数 (R <sup>2</sup> 乗)	0.2		

N=21、従属変数：ADHD得点 \*\* p<0.05

表 8-1 ADHD・HFPDD併存群の判別的中率

		予測グループ		
	診断名	ADHD	HFPDD	合計
元データ	度数 ADHD	13	3	16
	HFPDD	5	17	22
	% ADHD	81.3	18.8	100
	HFPDD	22.7	77.3	100

元グループ化されたケースのうち78.9%が正しく分類された

表 8-2 判別に影響のある尺度の強さと方向性

正準判別関数		重心の関数	
VIII 攻撃的行動	0.857	ADHD優位	0.772
VI 注意の問題	0.294	HFPDD優位	-0.562

HFPDD単独診断46例中29例（63.0%）、PDD単独群26例中16例（61.5%）がADHDを併存しており、さらにADHD診断併記が禁じられているHFPDD診断群のCBCLによる行動特性では攻撃的行動および注意の問題が有意にADHD群を説明し、81.3%の的中率でADHDを判別しうることを明らかにした。

IV 考察

本論文は、軽度発達障害とりわけPDDとADHDについて、併存の実態を明らかにし、CBCLの行動尺度を用いてADHD症状に影響のある行動尺度を抽出し、それによってADHDとPDDおよびHFPDDとの判別可能性について検討した。併存の実態については、医療機関においてPDD、HFPDDの単独診断を受けていたにも拘らず、親回答によるADHD併存率は

HFPDD単独診断例では63.0%であり、ついでPDD単独診断例では61.5%と高率であった。Yoshida & Uchiyama (2004) は7歳から15歳の53人のHFPDDの児童においてADHD症状の有無について検討し、67.9%がADHDの診断基準を満たしたと報告した<sup>3)</sup>。またClarkら（1999）によるとADHDの65～80%に自閉症的症状を認めている<sup>6)</sup>。HFPDDには一定の多動性と注意の障害が見られ、それらの特徴からADHDと混同されることが少なくない<sup>7)</sup>。一方、ADHDにも個人差はあるもののこだわりが見られ、中にはかなり強いこだわりを持つ人もいるためHFPDDとの区別をさらに困難にしている。しかし現在の国際診断基準ではICD-10、DSM-IV-TRいずれにおいてもPDDとADHDの重複診断を禁じており、両障害を同時に満たす場合はPDDの診断を優先している。

表 9-1 ADHD・PDD併存群の判別的中率

		診断名	予測グループ		合計
			ADHD	PDD	
元データ	度数	ADHD	7	2	9
		PDD	4	8	12
%	ADHD	77.8	22.2	100	
	PDD	33.3	66.7	100	

元グループ化されたケースのうち71.4%が正しく分類された

表 9-2 判別に影響のある尺度の強さと方向性

正準判別関数		重心の関数	
VII非行的行動	1.000	ADHD優位	0.533
		PDD優位	-0.399

栗田<sup>8)</sup>が述べているように、教育や療育の領域においてPDDの単位障害の診断はそれによって教育や療育の方法が決定的に異なるわけではないので必須ではなく、むしろPDDか否かとりわけHFPDDとADHDの区別は非常に重要である。ADHDとHFPDDの関係に関しては、ADHD児は成長とともに、情緒や行動やパーソナリティーの深刻な障害を表すようになる。抑うつ、行為障害、薬物依存、反社会的人格障害などが高率に起きる。この二つの障害がどんな関係なのかは今後さらに検討されるであろう<sup>9)</sup>。しかし現時点におけるADHDとHFPDDの鑑別では、年齢により観察可能な行動が異なり、特に低年齢では両者の症状を部分的に併せ持つことが多いため、症状の質の違いではなく量的な偏移によって判断されるADHDとの鑑別を難しくしている。PDDNOSとADHDの行動特徴を比較検討した報告では、CBCL等の行動尺度を用いて注意の問題に関しては両群に違いがなかったが、社会性の問題や引きこもり行動において、PDDNOSが有意に鑑別できたと報告されている<sup>10)</sup>。さらにHFPDDとADHDとの行動特徴の鑑別には、内山ら<sup>11)</sup>によるとADHDでは新規な場面や対象には興味を示して集中するのに

対し、PDDでは新規な場面や支持や見通しが理解しにくい状況でかえって多動の症状が目立つことをあげている。

一方平林は<sup>12)</sup>、ADHDでは、対人関係における相互交渉の未熟性・協調性不良および不注意における覚醒レベルと関係した注意の持続性の障害であるのに対し、PDDでは対人関係における奇妙さ、マイペースおよび不注意における注意の方向付け、動機づけの障害を指摘している。その上で、除外規定は鑑別診断のために有用であるが、鑑別を尽くしてお併存と判断される症例については重複診断を認めるべきであると考えている。同様にGillbergはPDDが多様な併存障害を来たしうることを認識し、それらの重複診断を認め、それらに基づいて医療的対応や病態の検討を進めることが重要であり、PDD、DAMP (ADHDをとまなう協調運動障害)、ADHDが一つの連続した障害スペクトラムを形成する可能性について言及している<sup>13)</sup>。

重複に関してPillowら<sup>14)</sup>は、DSMⅢ-RによるADHD診断264例の男児（平均年齢9.23歳）中100例（35%）がODD（反抗挑戦性障害）、103例（37%）がCD（行為障害）を併存すると報告している。齊藤は周囲の対応による影響を

主張しているが、ADHDの衝動性という器質性の要因が反抗挑戦性障害や行為障害に見られる攻撃的行動や非行的行動と結びつく可能性を認めている<sup>15)</sup>。

活動性の水準を比較することは容易ではないが、HFPDDとADHDの差異を検討した調査によると、小児自閉症評定尺度東京版(CARS-TV)を用いた比較でADHDが活動性の水準でHFPDDより有意に高い結果であった<sup>16)</sup>。ADHDの方がPDDより活動性の高さが目立ち、集団の中で適応できない場合に、攻撃的・非行的とみなされやすく、ADHDの衝動性に関連する攻撃的行動や非行的行動がPDDよりも顕著であると考えられた。

PDDとADHDの判別に関しては、中井らが独自に作成したチェックリストによる判別の困難性を報告しているが<sup>17)</sup>、今回CBCLにおいても1尺度のみの判別となり説明率の低さからも中井らの報告同様、PDDとは判別が困難であることが示された。また、1～4歳の症状からの判別分析では、7～12か月の多動を除いてPDDとADHDの判別はできなかったとの報告がある<sup>18)</sup>。本検討とは対象年齢が4歳以上であることおよびHFPDDとADHDの判別分析である点が異なり、本検討ではADHD・HFPDD併存例において、CBCL行動尺度のⅧ 攻撃的行動およびⅥ 注意の問題によりADHDを81.3% (判別の中率78.9%) 判別し得る行動特性を有することを明らかにした。国際診断基準によるADHD除外診断では、行動の内在化・外在化障害の展開に不適切な対応が生じ、やがては反社会性人格障害に展開する可能性を否定できない。ADHDは生涯にわたる障害で、同時に加齢により状態像が変化していくことに留意し、ライフサイクルにおける発達課題を視野に入れ、継続かつ包括的で多面的な治療的介入を必要とする<sup>19)</sup>。

内山(2006)は軽度発達障害において知的障

害が軽度であることが必ずしも障害として軽度であるということではないと述べているとおり、診断が曖昧であり対応に混乱がみられる軽度発達障害群は当事者やその家族にとってむしろその不安は大きい<sup>20)</sup>。確定診断に対する療育に応じたアプローチは各障害の理解が深まり徐々に整ってはきているが、障害の直接的な症状ではなく2次的に発生する心理的問題や家族に対する障害受容への対応といった心理的フォローは不十分である<sup>21)</sup>。佐藤(2005)は「一人一人のニーズ」に応じるために医療や福祉にとどまらず、教育、臨床心理の専門家が共通理解をもち連携システムを構築することの重要性を述べている<sup>1)</sup>。

## V 結論

医療機関においてADHD、HFPDD、PDD、LDの診断を受けた122例について、HFPDD、PDDとADHD併存例の実態を明らかにし、CBCL行動尺度を用いてHFPDD・ADHD併存例のADHDを81.3%判別し得る行動特性を有しており、重複診断の除外規定を見直す必要性について論じた。

## 【謝 辞】

稿を終えるにあたり本研究にご協力いただいた全国の軽度発達障害親の会および第一びわこ学園通園児の保護者の方々に深謝いたします。

## 【参考文献】

- 1) 佐藤益子(2006) 発達障害の理解と対応－医療・福祉・教育・臨床心理の連携にむけて－佛教大学教育学部学会紀要第5号：57-70
- 2) 吉田友子(2006) 高機能自閉症スペクトラムとAD/HD 発達障害医学の進歩18：1-10
- 3) Yoshida Y, Uchiyama T (2004) The clinical necessity for assessing Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) symptoms in children with high-functioning Pervasive Developmental Disorder (PDD). European Child Adolescent Psychiatry13：



- 307-314
- 4) 小枝達也 (2005) AD/HDガイドライン (小児科向け) 厚生労働省研究補助金小児疾患臨床研究事業 小児科における注意欠陥/多動性障害に対する診断治療ガイドライン作成に関する研究 平成17年度総括・分担研究報告書: 18-23
- 5) 井潤知美・上林靖子・中田洋二郎他 (2001) Child Behavior Checklist/4-18日本語版の開発 小児の精神と神経41: 243-252
- 6) Clark T, Feehan C, Vostanis P (1999) Autistic Syndrome in Children with attention deficit-hyperactive disorder. *European Child Adolescent Psychiatry* 8: 50-55
- 7) 栗田広 (2005) 特別支援教育における児童精神科医の役割 こころの科学125: 82-85
- 8) 栗田広 (2006) 高機能広汎性発達障害の診断とスクリーニング 現代のエスプリ464: 115-213
- 9) 黒川新二 (2006) 高機能広汎性発達障害からみたADHD そだちの科学No.6: 31-35
- 10) Luteijn EF, Serra M (2000) How unspecified are disorder of children with a pervasive developmental disorder not otherwise specified? A study of social problems in children with PDD-NOS and ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry* 9: 168-179
- 11) 内山登紀夫・吉田友子・藤岡宏他 (2002) 広汎性発達障害における「不注意」「多動」「衝動性」の検討. 厚生労働省「精神・神経疾患研究委託費」11指-6 注意欠陥/多動性障害の診断・治療ガイドラインの作成とその実証的研究, 平成11~13年度研究報告書: 83-89
- 12) 平林伸一 (2003) 広汎性発達障害と注意欠陥/多動性障害 - 鑑別と重複診断の是非をめぐって - 発達障害研究25: 1-7
- 13) Gillberg C, Billstedt E (2000) Autism and Asperger Syndrome :coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*102: 321-330
- 14) Pillow DR, Pelham WE, Jr., Hoza B, Molina BSG, Stulz CH (1998) Confirmatory Factor Analyses Examining Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms and Other Childhood Disruptive Behaviors. *J Abn Child Psychology*26: 293-309
- 15) 斉藤万比古 (2000) 注意欠陥/多動性障害 (ADHD) とその併存障害-人格発達上のリスクファクターとしてのADHD-小児の精神と神経40 (4): 243-254
- 16) 栗田広、立森久照、他 (2002) 注意欠陥/多動性障害と広汎性発達障害の関連に関する研究. 広汎性発達障害における「不注意」「多動」「衝動性」の検討. 厚生労働省「精神・神経疾患研究委託費」11指-6 注意欠陥/多動性障害の診断・治療ガイドラインの作成とその実証的研究, 平成11~13年度研究報告書: 77-83
- 17) 中井富貴子・宇野宏幸 (2005) 教師用子どもの行動チェックリスト作成に関する調査研究-注意欠陥多動性障害と広汎性発達障害に焦点をあてて- 特殊教育研究43: 83-192
- 18) Roeyers H, Keymeuren H, Buysse A (1998) Differentiating attention-deficit/hyperactivity disorder from pervasive developmental disorder not otherwise specified. *J Learning Disabilities* 31: 565-571
- 19) 渡部京太、齋藤万比古 (2006) ADHDの長期転帰 そだちの科学No.6 10-16
- 20) 内山登紀夫 (2006) 軽度発達障害におけるアスペルガー症候群の位置づけ (アスペルガー症候群を究める) 現代のエスプリ465: 50-60
- 21) 上林靖子他 (2002) 注意欠陥/多動性障害 (AD/HD) の医療の実態に関する調査. 厚生労働省「精神・神経疾患研究委託費」11指-6 注意欠陥/多動性障害の診断・治療ガイドラインの作成とその実証的研究 平成11-13年度研究報告書: 131-141

